



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 12 MONTHS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ទារកពាណិជ្ជកម្ម អាយុ 12 ខែ

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">សំណង់បច្ចុប្បន្នក្នុងកញ្ចប់</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ដើម្បីបង្កើតរបាយការ</p>	ឈ្មោះរបស់កូម្មាធ		ទំនួរដោយ:	ថ្ងៃខែឆ្នាំរោងកិត្តិវិធី																					
	ប្រព័ន្ធគម្ពស់		ប្រព័ន្ធគម្ពស់																						
	ឈ្មោះរបស់កូម្មាធ		ថ្ងៃខែឆ្នាំរោងកិត្តិវិធី																						
	ឈ្មោះរបស់កូម្មាធ		ថ្ងៃខែឆ្នាំរោងកិត្តិវិធី																						
	<p>ប្រព័ន្ធគម្ពស់</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ទារករបស់ខ្លួនឯងដោយពូលឯក ។ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ទារករបស់ខ្លួនឯងចិត្តមុខ ។ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ខ្លួនឯងពិនិត្យការបង្កើតរបាយការ ។		<p>ប្រព័ន្ធគម្ពស់</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ទារករបស់ខ្លួនឯងដោយពូលឯក ។ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ទារករបស់ខ្លួនឯងចិត្តមុខ ។ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ទារករបស់ខ្លួនឯងពិនិត្យការបង្កើតរបាយការ ។																						
WEIGHT KG/OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE	Diet _____ Elimination _____ Sleep _____ <input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Lead Exposure <input type="checkbox"/> Fluoride Supplements <input type="checkbox"/> Fluoride Varnish <input type="checkbox"/> Hct/Hgb <input type="checkbox"/> Tb <input type="checkbox"/> Dental Referral																						
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history			Health Education: (Check all discussed/handouts given) <input type="checkbox"/> Family Planning <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Passive Smoke <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Crib Safety <input type="checkbox"/> Appropriate Car Seat <input type="checkbox"/> Infant Bond <input type="checkbox"/> Feeding/colic <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Teeth Care <input type="checkbox"/> Wearing <input type="checkbox"/> Language Stimulation <input type="checkbox"/> Discipline Limits <input type="checkbox"/> Child care <input type="checkbox"/> Other: _____																						
Screening: Hearing <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Vision <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assessment/Plan: _____ _____ _____ _____																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Development: Circle area of concern Adaptive/Cognitive Language/Communication Gross Motor Social/Emotional Fine Motor Behavior _____ Mental Health <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chest <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ <input type="checkbox"/> Lungs <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ <input type="checkbox"/> Cardiovascular/Pulses <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ <input type="checkbox"/> Abdomen <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ <input type="checkbox"/> Genitalia <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ <input type="checkbox"/> Spine <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ <input type="checkbox"/> Extremities <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ <input type="checkbox"/> Neurologic <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ <input type="checkbox"/> Gait <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Physical: General appearance <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Skin <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Head/Fontanelle <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Eyes (Cover/Uncover) <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Ears <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Nose <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Oropharynx/Teeth <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Neck <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Nodes <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assessment/Plan: _____ _____ _____ _____				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Describe abnormal findings and comments: _____ _____ _____			IMMUNIZATIONS GIVEN REFERRALS																						
NEXT VISIT: 18 MONTHS OF AGE			HEALTH PROVIDER NAME																						
HEALTH PROVIDER SIGNATURE			HEALTH PROVIDER ADDRESS																						

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (12 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family. Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999-00.(21)5.

Lead Screen

Screen infants for these risk factors:

- Live in or frequently visit day care center, preschool, baby sitter's home or other structure built before 1950 that is dilapidated or being renovated.
- Come in contact with other children with known lead toxicity (i.e., blood lead 15 ug/dl).
- Live near a lead processing plant or with parents or household members who work in a lead-related occupation (e.g., battery recycling plant).

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communication Development Inventory.

Yes No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Stands alone 2 seconds.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Walks with help. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Says "Dada" and Mama" specifically. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Responds to "no".</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Precise pincer grasp. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indicates wants by pointing or gestures. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Responds to "pat-a-cake" or waving "bye-bye".</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Bangs 2 blocks together.</u> |
- Avoids eye contact.
 - Concerned child cannot hear or "tunes out."
 - No babbling, pointing, or other gestures.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or even one of the underlined items, or one of the **boxed items** (abnormal behavior at this age), refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



ទារកភាព៖ អាយុ 12 ឆ្នាំ

សុខភាពទទួលបន្ទាប់អកទេនៅម៉ោង 12 ខែ

ផែនការសំខាន់

រួមចុះផែនទានកេប់អ្នកកំពុងដំលូតលាស់រោង ភាយ 12 ខែនិង 18 ខែ។

និយាយពាក្យប្រចាំទ្វីដែលរាងនាមួយ 15 ខែ ១
15-20 ពាក្យប្រចាំទ្វីដែលរាងនាមួយ 18 ខែ ១

ពំរុបជាបន្ទូនដើម្បីរបសិទ្ធិ ១

ដើរលូ ទ្រីងជាគេក្តីរដោយមានជីវិត ។

ស្ថាប់លេខាទី៩នៃផ្លូវការអាមេរិក (ដូចជាអ្នកប្រធានាធិបតេយ្យ ប្រធានាគារប្រជាជាតិ ប្រធានាគារប្រជាជាតិ ប្រធានាគារប្រជាជាតិ) ហើយអាចចូលទៅការទាំងនេះ។

ធ្វើតាមការបញ្ជាដោយស្ថាល ១

អកដីកន្លែងរបស់អកវ្រែនដីទាញការថ្មី។ ដោយលេដជាមួយវា ។

ເຜີຍງານຜິ່ນຍບດຕີມານໃຈມາເຖິງ

សំនួរអំពីការរេចលូចឱ្យរក្សាត្រូវដើម្បី បណ្តាញប្រភពទិនការបង្កើរនៃការរេចលូចឱ្យរក្សាត្រូវដើម្បី
ថ្មី ដែលត្រូវបានចាប់ឡើងពីថ្ងៃទី 1-800-446-1114.

ការខិត្តមួយសំរាប់មាតាបិតាដែលមានភ្លើងមានសេចក្តីព្រៀការពិស់សំកម្មិតិថីខុក/ម្ចាយទោខុក/ម្ចាយបស់ផ្ទៃវាស្តីធមុន
1-800-821-5927.

កិច្ចការពារការពុលុប់ មជ្ឈមណ្ឌលដែកជាតិពុលនៃរដ្ឋវាស្តីដឹក 1-800-732-6985 ឬ 1-800-572-0639 (ប្រជាប័ណ្ណ ទី ១ ចូរទួរស័ព្ទ លេខ 911 ត្រូវបាយការការបង្ហាញ។

សូមភាពទិនការដំលូតលាស់រហស្តោមទាន់ ការចាក់ឆ្វាំការពាររោគ៖
ពីមួយអំពីកម្មវិធីមាយមានសូមភាពល្អ ហើយទាក់ទងសូមភាពល្អ
ដែរ ទិន្នន័យស្ថិតប្រចាំការដើម្បីជួយបង្ហាញ ឯ៌ 1-800-322-
2588 (សម្រួលិយាយ) ឬ 1-800-833-6388
(ប្រជាប់បញ្ជី TTY) ។

ជំនាញការរួចការខ្លួនមូលដ្ឋានរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល ទូរសព្ទប្រចាំការសំរាប់ផ្លូវ
ត្រូវសារ 1-800-932-HOPE (4673) ប្រភពលំរាប់ត្រូវសារការពាយពី
1-888-746-9568 ច្បាក់អ្នទេនវិទ្យាល័យសហគមន៍តាមតម្លៃ។

ចំណុចសំខាន់ផ្តើកសុខភាព

ចូរមាត្រាកំពុងការពាររាជការព្រមទាំងអ្នកព្រមទាំងពេលដែលដើរដើម្បីការពាររាជការព្រមទាំងប្រើប្រាស់បន្ថែមទៀត ។ ឯកសារនេះបានរាយការណ៍ពីការពាររាជការព្រមទាំងពេលដែលដើរដើម្បីការពាររាជការព្រមទាំងប្រើប្រាស់បន្ថែមទៀត ។ ឯកសារនេះបានរាយការណ៍ពីការពាររាជការព្រមទាំងពេលដែលដើរដើម្បីការពាររាជការព្រមទាំងប្រើប្រាស់បន្ថែមទៀត ។

រហូតមកដល់ពេលនេះ ទាក់របស់អ្នកគ្រែត្រាំងណើវិច្ឆិថ័យផ្ទាល់ ក្នុងជីតុបុម្ភយ៉ែនមបនទ់ទា អាបអូល់ឡើរវាទ់ចំណុចមានជីវិតិដែលរាង្យ ត្រូវ ត្រូវ។

ដើម្បីទទួលបានការងារជាមួយគ្នា និងស្វែនធនការ ត្រូវបានរាយការណ៍
និងចុះឈ្មោះនៅក្នុងការងារ ដើម្បីបានការងារជាមួយគ្នា និងស្វែនធនការ ត្រូវបានរាយការណ៍

ចូរដើរសង្គមពាក្យសំទារកអ្នក យ៉ាងហេតាបណ្តាលសំឡុងមួយថ្ងៃម៉ោង ។ ចូរ
ចាប់ផ្តើមបច្ចុប្បន្នដូចសង្គមទានជាតិបញ្ហាអូរកវិញច្បាប់សំណុះតុលាក ។
យកទោរករបស់អ្នកទៅការិនិត្យម៉ែលដោរលើកទីមួយ ។

ចំណាត់ផ្លូវសំខាន់សំរាប់មាតាបិតា

ចូលដឹង អាណ និងដើរិងទិញយាយជាមួយទ្វាកេហសំអ្នកប្រើបាយកាលថ្មី ។
ចូលចាប់ឡើងវិញទៅចុះអ្នកដឹងពិចារុករបៀបបំពេជលរាជលម្អិត ។

ចូរិនិយាយទៅការទាំងទានកសិល្បៈអ្នកអំពីដែលអ្នកចង់ឱ្យរាជធ្លើ ។ ចូរចាំថា
រាជធ្លានដែលបានឱ្យដឹងពីអ្នកប្រាប់ឱ្យរាជធ្លើទៅឡើយ ។ រាជាណ
យល់ប្រើប្រាក់ជាផ្លូវការបានឱ្យរាជធ្លើយ ។ ចូរសរសេររាជនៅពេលដែលរាជធ្លើ
កិច្ចការដែលអ្នកចូលចិត្ត ។

ចំណុចស្ថាបន្ទិក

ទេរាលែលដែលទានករបស់អ្នករៀនដើរនិងព្រៃង ចូរបង្ហាក់ថាជាម្ចាស់បស់អ្នក មានស្ថិតិភាពសំរាប់ទានករបស់អ្នកដើរនិកភាយ ។ ចូរក្រោកការលួយ នូវ កាត់សេរាប្រឈុណុកុលុយកុទ្ទិត្យុជាយកុងមួយដែលបានបង្ហាញដោយខ្លួន ។ មួយចុងក្រោមនេះ នឹងបានបញ្ជាក់ថាអ្នករៀនបានបង្ហាញពីរបាយការណ៍ នៅក្នុងប្រព័ន្ធដែលបានបង្ហាញដោយខ្លួន ។

ទាក់ក្រុងភ្នែកស្ថាក់ដោយត្រួតចាំ ។ ចូលទុកដាក់ត្រួតចាំ នឹង មួល (ការកំពុងបុណ្យជើង) ឬត្រួតពិនិត្យ ។ ចូលចេរសរាប់ដូលចំនួនក្រសួងនីមួយៗ នៅបំណិតរាជការ ដូចជាទីផ្លូវ ឬក្រសួងពិនិត្យ ។

ចូរដោកទារករបស់អ្នកទេ។ កុងកៅអិសំរាប់ពេជ្ជតួចនិះឆ្នាំ ១ នៃខ្លាយ មួយឆ្នាំ អ្នកអាមេរិកប្រើប្រាស់បែនពីរទេ។ ខាងមុខបាន ដឹរាមានទម្លៃបាន 20 ដំឡើង។